

# 記載例

様式第4号（第14条関係）

富山市ひとり親家庭等医療費（療養費払）助成申請兼請求書

↓申請日を記入してください

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 富山市長

〒 930-8510

住所 富山市新桜町7番38号

申請・請求者

(父又は母、養育者) 氏名 富山 花子

(連絡先TEL123-4567)

次のとおりひとり親家庭等医療費助成金の交付を申請します。

また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

受給者	受給資格番号	12345676	加入 保険	記号・番号	11111111
	氏名	富山 花子		保険種別	国保・協会・組合・その他
	生年月日	平成2年11月17日		保険者番号 及び名称	01160019

令和元年 5月分 保険診療領収書 (入院・通院)

受給者氏名	富山 花子	診療日数	日間
保険診療合計点数 (食事療養費を除)	100点	医療保険等負担点数 (食事療養費を除く。)	70点
申請者からの領収額 (食事療養費を除)	3,000円	左記金額には、保険診療以外は含まれていません。	

上記のとおり領収しました。

令和〇年〇〇月〇〇日

医療機関等の所在地及び名称 富山市今泉北部町2番地の1

開設者氏名 山田病院 山田太郎

山田

印

※助成内訳	保険診療 合計金額	控除額				交付決定額
		保険等負担分	他法公費負担	附加給付分	計	
円	円	円	円	円	円	

振込先	口座振替 指定金融機関	山田	銀行 金庫 農協	富山	支店
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号(右づめで記入)	0 0 1 2 3 4 5
	フリガナ	トヤマ ハナコ			
	口座名義(申請者のもの)	富山 花子			

- (注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。  
2 この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の太枠欄を医療機関に記入してもらってください。  
3 ※欄は、市で記入します。

※領収書に保険診療点数、領収額の記載がない場合、医療機関にて記入、押印してもらってください。

※振込先口座(受給者名義)を記載してください。